Über postoperative Parotitis.

Auszug
aus der
Inaugural-Dissertation
zur
Erlangung der Doktorwürde
in der
Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe
der
Hohen Medizinischen Fakultät der Universität Marburg

vorgelegt von

Ph. Schneider
approb. Arzt
aus Fronhausen (Bez. Cassel)

Von der medizinischen Fakultät der Universität Marburg
als Dissertation angenommen am 25. Oktober 1921.
Berichterstatter: Herr Professor Dr. Läwen.

Marburg i. H.
Buchdruckerei Franz Fischer, Kugelgasse 1 (am Kalbstor)
1921

An Hand der Litteratur und zweier von ihm selbst beobachteter Fälle von postoperativer Parotitis schildert der Verfasser zunächst die Symptomatologie dieses Krankheitsbildes. Er kommt dann auf die Einteilung der Parotiden zu sprechen, die anstatt der früheren Einteilung (nach Oehler und Wagner in 5 Gruppen) viel einfacher nach dem Vorschlage von Ahlfeld und v. Hertzen in metastatische, die nur bei pyämischen Prozessen vorkommt, und in aufsteigende Parotitis, die alle anderen Fälle umfaßt, einzuteilen wären.

Von den drei Infektionswegen (Lymphbahn, Blutbahn, Ausführungsgang) interessieren nur die beiden letzten. Der Streit, ob hämatogen oder stomatogen ist bis heute noch nicht entschieden. Sowohl die eine wie die andere Theorie besteht auf Grund der von den verschiedenen Autoren angestellten experimentellen Untersuchungen zu recht. Wiederum fehlt es aber auch nicht an Beweisen, wie die Untersuchungen Rost's ergaben, daß man an anatomischen Präparaten niemals entscheiden kann, ob eine orale oder hämatogene Entstehungsweise in dem betreffenden Falle vorliegt.

Auch der Infektionsmodus wird von den Autoren verschieden erläutert. So neigen Bumm und seine Anhänger zu der Reflextheorie. Nach ihnen besteht ein nervöser Zusammenhang der Genitalien bezw. des Peritoneums mit den Ohrspeicheldrüsen; die Speichelsekretion sistiert bei Manipulationen an den Baucheingeweiden. Die zweite ist die hauptsächlich von Dyball aufgestellte Theorie. Durch die postoperative Darmlähmung ist den Bakterien Gelegenheit gegeben die Darmwand zu passieren,

sie werden vom Peritoneum aufgenommen, gelangen in die Parotis und rufen hier eine Entzündung hervor, der die Ohrspeicheldrüse um so eher zum Opfer fällt, da sie kein Mucin enthält. Wieder andere Autoren führen die Entstehung der postoperativen Parotitis auf eine Schädigung während der Narkose zurück, Druck von seiten des Narkotiseurs, Lähmung der Drüse durch die Narcotica. Alle diese Theorien können nur Gültigkeit für einzelne Fälle haben. Jedenfalls steht fest, daß die intakte Drüse jeder Infektion widersteht. Soll es zu einer Entzündung kommen, so muß irgend eine Schädigung hinzukommen. Zunächst wird vom Verfasser das Nachlassen der Speichelsekretion nach der Operation, da die Reflexe, die zur Speichelabsonderung führen, fehlen, geltend gemacht, weiterhin der Flüssigkeits- und Blutverlust durch Nahrungsentziehung vor und nach der Operation, durch starkes Schwitzen während der Operation. Durch diesen Flüssigkeitsverlust entstehen Anämie bezw. Oligämie, dadurch wiederum wird die Widerstandskraft der Drüse herabgesetzt, die schädigenden Agentien, seien es Bakterien oder deren Toxine, können besser eindringen. Aber auch dies kann nicht allein die Hauptursache sein, am häufigsten sehen wir Parotitis bei elenden herabgekommenen Individuen, bei denen der ganze Organismus einen großen Teil seiner Widerstandskraft eingebüßt hat, auftreten.

Zusammenfassend muß man sagen, daß nicht dieser oder jener Umstand zur Entstehung einer Parotitis führt, sondern, daß ein Zusammentreffen von verschiedenen ätiologischen Schädlichkeiten das Zustandekommen einer Parotitis bedingen. Daß wir dieses Krankheitsbild am häufigsten nach Erkrankungen der Baucheingeweide bezw. der Genitalien auftreten sehen, mag wohl in einem nervösen Zusammenhang liegen, aber darüber ein endgültiges Urteil zu fällen, ist verfrüht, da wir diesen Zusammenhang noch sehr wenig kennen.

Der Ausgang einer Parotitis ist teils Eiterung, teils Resorption, die Prognose hängt von dem primären Leiden ab. Die beste Therapie ist die Prophylaxe, Sauberhalten des Mundes, keinen allzustarken Druck bei der Narkose, möglichst frühe Anregung der Drüsentätigkeit und Ersatz des Flüssigkeitsverlustes. Die Komplikationen sind meistens nicht sehr ernst, da schon frühzeitig sich Beschwerden einstellen und bei geeigneter Therapie ernstere Komplikationen verhütet werden können.